

Évaluation de l'expérience ou satisfaction des proches de personnes ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) par la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

La DSAPA invite les proches de personnes ayant reçu des soins et services de l'équipe de SPFV à répondre à ce court questionnaire. L'objectif est d'identifier les forces et les aspects à améliorer et ce, afin de mieux répondre aux besoins des usagers et de leurs proches. Vos réponses seront **anonymes**.

Vous pouvez remplir le questionnaire par l'un des moyens suivants :

1. Compléter le questionnaire papier et le remettre dans une enveloppe scellée à un intervenant de l'équipe.

Ou

2. Remplir le questionnaire sur Internet en utilisant le lien ci-dessous ou en scannant le code QR.

<https://app.lime.health/a/wc1RXUda>



Pour toutes questions sur le questionnaire, contactez le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE) par téléphone au 418-663-5354, poste 11 044 ou par courriel à bpue.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Consigne : répondez à toutes les questions en cochant la case correspondant le mieux à **vos** expérience.

Expérience vécue à l'égard des soins palliatifs et de fin de vie

1. Votre proche a reçu des soins palliatifs à quel endroit?
 - Domicile
 - Unité de soins palliatifs
 - Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou Maison des aînés et maison alternative (MDAMA)

2. Votre proche a reçu des soins palliatifs dans quel secteur ?

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beauport / Île d'Orléans / Côte-de-Beaupré <input type="checkbox"/> Charlevoix <input type="checkbox"/> Charlesbourg / La Source <input type="checkbox"/> Haute-Saint-Charles <input type="checkbox"/> Haute-Ville / Les Rivières <input type="checkbox"/> Jeffery Hale 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limoilou <input type="checkbox"/> Portneuf <input type="checkbox"/> Sainte-Foy / Sillery / Cap-Rouge / Saint-Augustin-de-Desmaures <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	---

Qualité des installations et de l'environnement

3. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
Les espaces favorisaient l'intimité et les échanges confidentiels.	<input type="checkbox"/>				
L'environnement était adapté aux besoins de mon proche et il favorisait son bien-être (calme, luminosité adéquate, musique, adaptation de l'environnement etc.)	<input type="checkbox"/>				
Veuillez préciser votre dernière réponse :					

4. Votre proche a-t-il eu accès à une chambre seule lors des derniers moments de sa vie?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non applicable	

Information et communication

5. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
Le personnel a transmis à mon proche et moi toute l'information nécessaire pour prendre des décisions concernant les soins et les services.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel nous a encouragé à participer aux décisions concernant les soins et services de mon proche.	<input type="checkbox"/>				

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
Les informations qui nous ont été communiquées étaient claires et faciles à comprendre.	<input type="checkbox"/>				
La communication et l'écoute du personnel répondaient à mes attentes en tant que personne proche-aidante.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel était à l'écoute des besoins physiques et psychologiques de mon proche et répondait dans un délai raisonnable.	<input type="checkbox"/>				

Coordination et continuité des soins et des services

6. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
J'ai senti que le personnel communiquait entre eux les informations concernant mon proche.	<input type="checkbox"/>				
J'ai reçu des informations claires concernant les étapes à venir.	<input type="checkbox"/>				

Qualité des soins reçus

7. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
Les soins et services offerts étaient adaptés aux besoins de mon proche.	<input type="checkbox"/>				
Je considère que les soins et services offerts étaient de qualité.	<input type="checkbox"/>				
La prise en charge des problématiques physiques et psychologiques de mon proche était adéquate.	<input type="checkbox"/>				

Respect et dignité

8. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalemment en désaccord	En désaccord	En accord	Totalemment en accord	Ne s'applique pas
Le personnel a traité mon proche avec compassion et empathie.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel était respectueux du rythme de mon proche.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel a respecté les choix de mon proche avec professionnalisme.	<input type="checkbox"/>				

Accompagnement

9. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants :	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	Ne s'applique pas
Le personnel m'a respecté et soutenu dans le choix de m'impliquer comme je le souhaitais auprès de mon proche.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel a répondu à nos besoins émotionnels, sociaux, spirituels et culturels.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel m'a offert de l'information sur les services psychosociaux et m'a orienté vers du soutien si j'en avais besoin.	<input type="checkbox"/>				
Le personnel m'a orienté vers les organismes ou intervenants pouvant m'offrir du soutien selon mes besoins.	<input type="checkbox"/>				

Évaluation globale de l'expérience des personnes dont un proche a reçu des soins palliatifs et de fin de vie

10. Quelle est votre **satisfaction globale des soins palliatifs et de fin de vie offerts à votre proche?**

Très insatisfait									Très satisfait
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

11. Quels sont les principaux **éléments positifs des soins palliatifs et de fin de vie offerts à votre proche?**

12. Quels sont les **éléments à améliorer quant aux soins palliatifs et de fin de vie ou vos suggestions?**

Merci de votre participation!